

# Solicitud Para MID CARES

## Programa de Ayuda para Bajos Recursos

### Cómo Solicitar

1. Ingrese su información de la cuenta.
2. Escriba el ingreso total mensual de su hogar.
3. Por favor verifique que todas las formas requeridas estén incluidas:
  - Comprobantes de ingresos mensuales**
4. Firme y ponga la fecha, envíe la solicitud junto con los documentos requeridos a:

**MID CARES**  
**P.O. Box 4060 Modesto, CA 95352-4060**

### Pautas de Elegibilidad

Personas en el Hogar	Ingreso mensual	Ingreso anual
1	\$3,287	\$39,440
2	\$3,287	\$39,440
3	\$4,143	\$49,720
4	\$5,000	\$60,000
5	\$5,857	\$70,280
6	\$6,713	\$80,560
Miembros Adicionales	\$857	\$10,280

Fecha eficaz de las pautas 05/01/2023

### 1. Información de la Cuenta

Nombre (como aparece en la factura de MID):		
Domicilio de Servicio:		
Ciudad:	Código Postal:	
Domicilio de correspondencia (Si es diferente al de servicio):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Numero de Cuenta De MID:	Numero de Teléfono:	
¿Es mayor de 60 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento:	

### 2. Información del Hogar y Verificación de Ingresos

Numero de personas que viven en su hogar tiempo completo:	
Adultos (18 años o mayores):	Menores (menores de 18 años):
¿Si esta rentando, recibe subsidios de vivienda (Section 8, HUD, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

## 2. Información del Hogar y Verificación de Ingresos (continuación)

¿Alguien en su hogar recibe subsidios para víveres (Cal Fresh)?  Si  No

Los ingresos que debe incluir son los salarios de todos los miembros del hogar, (sujeto o no a impuestos), incluyendo pero no limitado a:

Salarios \$ _____	Compensación de empleo \$ _____
Ingresos de Interés \$ _____	Beneficios del Desempleo \$ _____
Seguro Social \$ _____	Pension alimenticia marital \$ _____
SSI, SSP, SSDI \$ _____	Ingresos por alquiler o regalías \$ _____
Pensiones \$ _____	Compensación Lega \$ _____
TANF (AFDC) \$ _____	Becas \$ _____
Pension alimenticia hijos \$ _____	Asistencias \$ _____
Pagos por Incapacidad \$ _____	Efectivo \$ _____
Ingresos por trabajo propio (Se requiere IRS Form Schedule C) \$ _____	
Otros Ingresos (explique): _____	\$ _____

**Total de ingresos mensuales del Hogar (En Bruto) \$ \_\_\_\_\_**

Nota: Las pruebas de ingreso que pueden incluir son; talones de cheque, cartas de beneficios, etc. **MID no acepta estados de cuenta bancarios como prueba de ingresos.** Solicitudes incompletas serán devueltas. Si necesita una copia de su carta de beneficios del seguro social, por favor contacte la oficina del seguro social en español al siguiente número de teléfono; 1-800-772-1213.

\*\*\*Los documentos no serán devueltos.\*\*\*

## 3. Declaración y Firma

**La información en esta solicitud y los documentos necesarios se utilizarán para determinar y verificar mi elegibilidad para recibir asistencia. Toda la información es confidencial y no se compartirá con agencias fuera de MID.**

Es la responsabilidad del cliente de contactar a MID si sus ingresos aumentan por encima de los límites actuales, y MID se reserva el derecho de solicitar la certificación adicional en cualquier momento mientras que el cliente de MID este en el programa. Cualquier distorsión de la información, no revelar todos los ingresos o falta de documentación adicional, incluyendo los registros de impuestos, según lo solicitado por MID, puede resultar en la descalificación del programa CARES de MID. MID cobrará al cliente el valor del descuento de MID CARES recibidas indebidamente en conformidad con el Reglamento de Servicio Eléctrico MID. Si soy elegible para el programa de CARES de MID doy permiso a que el descuento apropiado se aplique a la dirección escrita inicialmente, que se realice el cambio correspondiente en mi tarifa y doy consentimiento para que verifiquen mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información es verdadera y correcta

X

Firma De Solicitante (Persona cuyo nombre aparece en la cuenta de MID)

Fecha

MID Use Only	
<input type="checkbox"/> Approved	<input type="checkbox"/> Denied
Pub Ben Approval	ES Sup Approval